

FICHA MÉDICA

Nombre del Acudido _____

Fecha de nacimiento _____

Edad _____ Peso _____

Antecedentes Personales

Alergias _____

- Medicamentos _____
- Otras _____

Enfermedades _____

¿Tiene alguna enfermedad o condición especial? Por favor señale cuál

Tratamiento actual

En caso de las siguientes condiciones, ¿Que medicamento acostumbra a tomar?
Favor indicar dosis (cantidad)

Dolor de cabeza _____

Dolor de estómago _____

Resfriado y/malestar general _____

Alergia _____

Fiebre _____

Mareos/vómitos _____

En caso de presentar alguno de estos síntomas autoriza al personal del colegio
encargado para dar el medicamento? Si _____ No _____

En caso de emergencia llamar a _____ Nombre y contacto
del pediatra _____

Consideraciones que el personal del colegio debiera conocer:

Firma
